

ANNÉE 1954

LANE MEDICAL LIBRARY
SAN FRANCISCO

813

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

SUZANNE LEVI

Externe des Hôpitaux de PARIS

Née le 15 Mai 1928 à MARSEILLE

Présentée et soutenue publiquement le

1954

SUR

QUELQUES CAS DE

"TUBERCULOSE BIOLOGIQUEMENT DÉGRADÉE"

Président : **M. BARIETY**, Professeur.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Nom du candidat : LEVI.

Prénoms : Suzanne.

Date de la soutenance :

Numéro d'ordre :

LEVI Suzanne.-
SUR QUELQUES CAS DE
"TUBERCULOSE BIOLOGIQUE-
MENT DEGRADEE".

Paris, , 1954,
in-4°, 51 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris,
1954, N°).

LEVI Suzanne.-
SUR QUELQUES CAS DE
"TUBERCULOSE BIOLOGIQUE-
MENT DEGRADEE".

Paris, , 1954,
in-4°, 51 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris,
1954, N°).

LEVI Suzanne.-
SUR QUELQUES CAS DE
"TUBERCULOSE BIOLOGIQUE-
MENT DEGRADEE".

Paris, , 1954,
in-4°, 51 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris,
1954, N°).

LEVI Suzanne.-
SUR QUELQUES CAS DE
"TUBERCULOSE BIOLOGIQUE-
MENT DEGRADEE".

Paris, , 1954,
in-4°, 51 pages.

(Thèse Méd. (Etat), Paris,
1954, N°).



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA40153720_0047

F A C U L T E D E M E D E C I N E D E P A R I S

Année 1954

Nº

T H E S E

pour le

D O C T O R A T E N M E D E C I N E

(Diplôme d'Etat)

par

Suzanne L E V I , Externe des Hôpitaux de PARIS

née le 15 Mai 1928 à MARSEILLE

Présentée et soutenue publiquement le

1954.

SUR QUELQUES CAS DE " TUBERCULOSE BIOLOGIQUEMENT DEGRADEE "

Président : M. BARIETY , Professeur.

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BAUDOUIN, BRINDEAU, CADENAT, CARNOT, CHABROL, CHEVASSU, CHIRAY ,
CLERC, DELBET, GOUGEROT (H.), GUILLAIN, HARVIER, LAUBRY, LEMAITRE,
LEMIERRE, LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT, MULON,
OLIVIER (E.), OMBREDANNE, SANNIE, SEZARY, TANON.

DOYEN Léon BINET
(Membre de l'Institut)

ASSEESSEUR..... Jean VERNE.

I. - PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.....	CORDIER (G.)
Anatomie pathologique	DELARUE (A.)
Bactériologie.....	GASTINEL (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique & aux Sports.	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	VERNE (J.)
Cancérologie médicale et sociale	HUGUENIN (R.)
Carcinologie	OBERLING (C.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
	(Hôtel-Dieu BROCC (P.)
Cliniques chirurgicales	) Broussais DE GAUDART-D'ALLAINES (F.)
	(Salpêtrière MONDOR (H.)
	) Cochin QUENU (J.)
Clinique chirurgicale réparatrice & orthopédique....	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie....	FEVRE (M.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire	MONOD (R.)
Clinique de tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques....	DEGOS (R.)
Clinique des maladies du sang.....	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du système nerveux.....	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies des enfants.....	DEBRE (R.)
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales & de l'encéphale	DELAY (J.)
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	BOULIN (R.)

Clinique gynécologique	(Hôtel-Dieu	FUNCK-BRENTANO (P.)
	) Bichat	BENARD (H.)
Cliniques médicales	(Cochin	LAROCHE (G.)
	) Broussais	MOREAU (R.)
		DE GENNES (L.)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique..		JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médicale propédeutique	(Tarnier	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
		LANTUEJOUL (P.)
Cliniques obstétricales	) Baudelocque.....	LEVY-SOLAL (E.)
	(Port-Royal.....	LACOMME (M.)
Clinique ophtalmologique		VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique		AUBIN (A.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimentai- res (chaire à titre personnel).....		RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile		HEUYER (C.)
Clinique rhumatologique et sociale		COSTE (F.)
Clinique stomatologique		DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale		SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale		LEMAIRE (A.)
Clinique urologique		FEY (B.)
Embryologie		GIROUD (A.)
Génétique		LAMY (M.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie		MOUQUIN (M.)
Histologie		CHAMPY (C.)
Hygiène et clinique de la première enfance.....		CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (C.)
Médecine du Travail		DESOLLE (H.)
Médecine légale		PIEDELIEVRE (R.)
Parasitologie et histoire naturelle médicale		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		N ...
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée.....		LENEGRE (J.)
Pathologie médicale		BARIETY (M.)
Pathologie et thérapeutique générales.....		N ...
Pharmacologie et matière médicale.....		HAZARD (R.)
Physico-chimie médicale (chaire à titre personnel)....		DOGNON (A.)
Physiologie		BINET (L.)
Physique médicale		STROHL (A.)
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale		MOULONGUET (P.)
Thérapeutique		TURPIN (R.)

II. - PROFESSEURS SANS CHAIRE

MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES et AGREGES

MM.

iii.	(DEBEYRE (J.) :	Anatomic	(N...
Anatomie	(DELMAS (A.) :	pathologique	) GAUTHIER-VILLAR
	:		((Mlle P.) Pr s.ch.
	:		) BUSSER (F.)
	:		(GOUYGOU (C.)

MM
 Bactériologie.... (FASQUELLE (R.)
)NEVOT (A.)
 Biologie médicale :BOURLIERE (F.)
 (ETTORI (J.)Pr s.ch.
 Chimie médica-)JAYLE (M.F.) Pr s.ch.
 le (SCHAPIRA (G.)
 Dermato-syphilig. /:DUPERRAT (F.)
 (BULLIARD (H.) Pr s.ch.
 Histologie....)COUJARD (R.)
 (N...
 Hydrologie....:DEBRAY (C.)
 (BOYER (J.)
 Hygiène.....(DEPARIS (M.)
 (DEROBERTE (L.)
 Médecine légale et (GAULTIER (M.)
 du travail)HADENGUE (A.)
 Neurochirurgie.....DAVID (M.)
 Neurologie.....SEZE (S. de)
 (GRASSET (J.)
)LEPAGE (F.)
 (MAYER (M.)
 Obstétrique....)MERGER (R.)
 (MORIN (P.)
)RAVINA (J.)
 (VARANGOT (J.)
)OFFRET (G.)
 Ophtalmologie..... (DESVIGNES (P.)
 Orthopédie:JUDET (R.)
 Oto-rhino-la(HALPHEN (E.) Pr s. ch.
 ryngologie:)AUBRY (M.)
 (MADURO (R.)
 (BRUMPT (L.)
 Parasitologie)CHABAUD (A.)
 (ABOULKER (P.)
 Pathologie chirur-)BAUMANN (J.)
 gicale (GOSSET (J.)
)HUGUIER J.
 (LAURENCE (G.)
)LEGER (L.)
 (LORTAT-JACOB (J.)
)OLIVIER (Cl.)
 (PADOVANI (P.)
)POILLEUX (M.)
 (ROUX (M.)
)RUDLER (J.C.)
 (VERNE (J.M.)

Pathologie expéri-(MERKLEN (P.)
 mentale)

MM.
 Pathologie médicale (BERNARD (J.)
)BOUDIN (G.)
 (CASTAIGNE (P.)
)CONTE (M.)
 (DECOURT (J.)
)DOMART (A.)
 (DREYFUS Gilbert
)FAUVERT (R.)
 (HAMBURGER (J.)
)KOURILSKY
 (LAMOTTE (M.)
)LAROCHÉ (C.)
 (MILLIEZ (P.)
)PEQUIGNOT (H.)
 (PERRAULT (M.)
)RAMBERT (P.)
 (THIEFFRY (St.)
)TURIAF (J.)

Pédiatrie (JOSEPH (R.)
)LAPLANE (R.)
 (MARIE (J.)

Pharmacolo-(LEVY(Mlle J.) Pr s. ch.
 gie)CHEYMOL (J.H.)Pr s. ch.
 (BARGETON (D.) Pr s. ch.
 Physiolo-) PARROT (J.L.)
 gie
 Physique (DJOURNO (A.) Pr s. ch.
 médicale)GOUGEROT (L.)

Pneumo-Phtisiologie ...KREIS (B.)
 Psychiatrie.....BARUK (H.)
 Psychiatrie infantile. MICHAUX (L.)
 (CERNEA (P.)
 Stomatologie.....)CHAPUT (Mme A)

Thérapeutique..... PERRAULT
 chargé de l'enseignement.

Urologie..... KUSS (R.)

III. - PROFESSEURS HONORAIRES ET
 AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE pour
 le service des examens :

MM. BRINDEAU (A.) (Obstétrique) ,
 GATELLIER (J.) (Clinique chirurg.)
 LE LORIER (V.) (Obstétrique)
 VAUDESCAL (R.) (Obstétrique)

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
a titre permanent

MM.

	(AMELINE (A.))
Clinique chirurgicale	(MENEGAUX (G.))
	(PATEL (J.))
	(SICARD (A.))
	(BROUET (G.))
Clinique médicale	(CACHERA (R.))
	(GARCIN (J.))
	(HAGUENAU (M.) Pr s. ch.)
Clinique médicale	(MARCHAL (G.))
	(SOULIE (E.))
Clinique obstétricale.....	(DIGONNET (L.))
	(ECALLE (G.))
Clinique ophtalmologique	RENARD (G.)
Clinique urologique	COUVELAIRE (R.)

MM.

Secrétaire général de la Faculté	MOREL (J.)
Secrétaire	Mlle CHAINTREUIL (G.)

Conservateur, chargé de la direction.....	Docteur HAHN (A.)
Conservateur	Mlle GOICHON
	(Mlle DUMAITRE (P.))
	) LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	(METIN (F.))
	) QUIEVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS PARENTS

A MA GRAND MERE

A MA MERE,

faible témoignage de ma gratitude.

A MON PERE ,

qui fut mon premier maître,
en témoignage de ma profonde et très affectueuse
reconnaissance.

A MON FRERE

A TOUS LES MIENS

A TOUS MES AMIS

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BARIETY

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin des Hôpitaux de Paris,
Officier de la Légion d'Honneur,
Médaille militaire,
Croix de Guerre,
Officier de la Santé Publique,

Je lui exprime ma reconnaissance de m'avoir
fait le grand honneur de présider cette thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BENDA

Médecin des Hôpitaux de Paris,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

qui nous a inspiré ce travail et nous a toujours
prodigué ses conseils bienveillants.

En témoignage de reconnaissance et de respectueux
dévouement.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ PADOVANI

Membre de l'Académie de Chirurgie,
Chevalier de la Légion d'Honneur,

en témoignage de ma reconnaissance.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ PEQUIGNOT

Médecin Assistant des Hôpitaux,

en témoignage de reconnaissance pour la sollicitude
qu'il nous a toujours montrée.

A MONSIEUR LE DOCTEUR MOUCHET

Chirurgien de l'Hôpital Foch,

en témoignage de ma gratitude.

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR AUBIN
Assistante des Hôpitaux de Paris,

en témoignage de reconnaissance pour son
premier enseignement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ORINSTEIN
Assistant des Hôpitaux de Paris,
Croix de Guerre,

qui fut notre guide et notre conseiller ,
en gage de notre gratitude profonde.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LUTEMBACHER
Officier de la Légion d'Honneur,

dont l'influence restera considérable dans notre
pensée par ce qu'il a su y introduire d'humain et
de généreux , dans la connaissance du malade.

A NOS MAITRES DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR PASTEUR-VALERY-RADOT

MONSIEUR LE PROFESSEUR HEUYER

MONSIEUR LE PROFESSEUR MOLLARET

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROCC

MONSIEUR LE PROFESSEUR FEVRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR WORMS

MONSIEUR LE DOCTEUR VARANGOT

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PROVINCE

MONSIEUR LE DOCTEUR LEMELLETTIER

MONSIEUR LE DOCTEUR BARAGET

MONSIEUR LE DOCTEUR MERCIER

I N T R O D U C T I O N

La notion de tuberculose biologiquement dégradée est invoquée de plus en plus fréquemment depuis quelques années.

Elle se justifie par l'évolution progressive des aspects de la tuberculose pulmonaire.

Un de ceux-ci est la fréquence des réactions tuberculeuses négatives chez les tuberculeux.

Ainsi on est amené à décrire 3 grands aspects rattachés à la tuberculose ou apparentés à celle-ci :

1° - La tuberculose classique dont le diagnostic est posé sur les critères bien connus, dont l'un des plus importants est la positivité des réactions tuberculiniques.

2° - La tuberculose avec réactions tuberculiniques négatives décrite pour la première fois par LEOBARDY puis par CANETTI. Cette forme de tuberculose peut entrer dans le cadre des tuberculoses atypiques.

3° - La maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN dont la forme pulmonaire n'est isolée que depuis 1937; sa parenté avec la tuberculose est suggérée par les faits et nous avons tendance à invoquer des liens très étroits entre cette maladie et la tuberculose.

A ce même moment MYERS et YADELSON ont parlé d'anergie.

Il nous paraît donc indispensable de rappeler ici quelques notions sur l'allergie.

I - ALLERGIE

Allergie : le mot créé par Von PIRQUET lors de ses études sur la vaccine, souvent employé dans un sens plus ou moins éloigné de sa signification primitive, désigne sous un vocable général l'état dans lequel se trouve un sujet antérieurement infecté et qui subit une seconde fois l'atteinte du germe microbien ou de ses produits.

Pour Von PIRQUET l'allergie est assimilée à l'anaphylaxie;

Pour BORDET l'allergie témoigne de deux processus distincts associés :

- l'immunité
- la sensibilisation

Pour la tuberculose : l'allergie dans son sens étymologique c'est-à-dire -modification du processus réactionnel _ est mise en évidence par le phénomène de Koch.

Phénomène de KOCH (1890)

Une deuxième inoculation de bacilles de Koch à un cobaye, tuberculisé cinq à six semaines auparavant , par des bacilles de Koch virulents, provoque localement une lésion accélérée et nécrotique, sans adénopathie, qui évolue vers la guérison.

Déductions de l'étude du phénomène :

L'allergie est le fait d'une primo-infection, celle-ci peut coïncider avec :

- 1° - une hypersensibilité du type tuberculinique :
phénomènes ecchymotiques et nécrotiques.
- 2° - un état d'immunité (prémunition) :
caractérisé par la non évolutivité de la deuxième tuberculose.
- 3° - avec absence d'immunité.

La tuberculine met en évidence le seul fait de dépistage de l'hypersensibilité.

Etude de l'évolution de l'allergie

L'étude de l'évolution de l'allergie peut se faire par une cuti-réaction ou une intradermo-réaction à la tuberculine.

Mais l'allergie dans la tuberculose comprend :

- un état d'hypersensibilité ,
- un état d'immunité variable.

Or la tuberculine ne mesure que la sensibilité. Cette étude de l'allergie chez l'homme se heurte à de nombreuses difficultés d'ordre pratique.

Les renseignements actuels sont surtout statistiques, sur des sujets d'âges divers , WELLS et SMITH , MAC PHEDRAN et OPIE , ARCONSON puis CANLETTI et LACAZE ont défini de la façon suivante les variations des réactions tuberculini-ques aux différentes périodes de la vie:

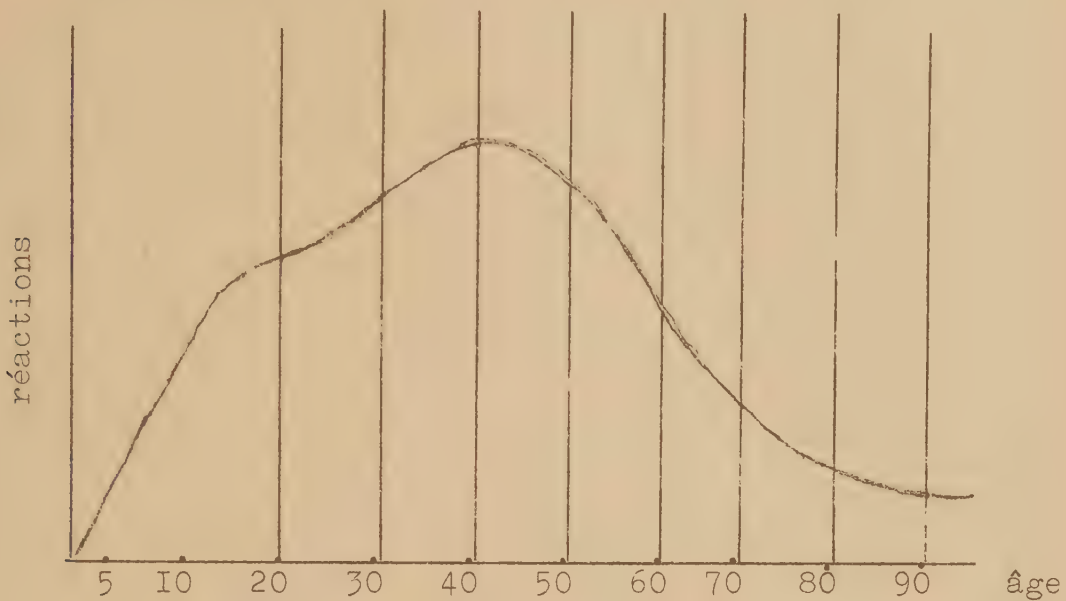
La sensibilité à la tuberculine des tuberculeux occultes tend à s'intensifier pendant les trois ou quatre premières décades de la vie puis elle s'affaiblit à partir de la cinquantaine.

La période d'affaiblissement serait précédée d'une phase d'intensification.

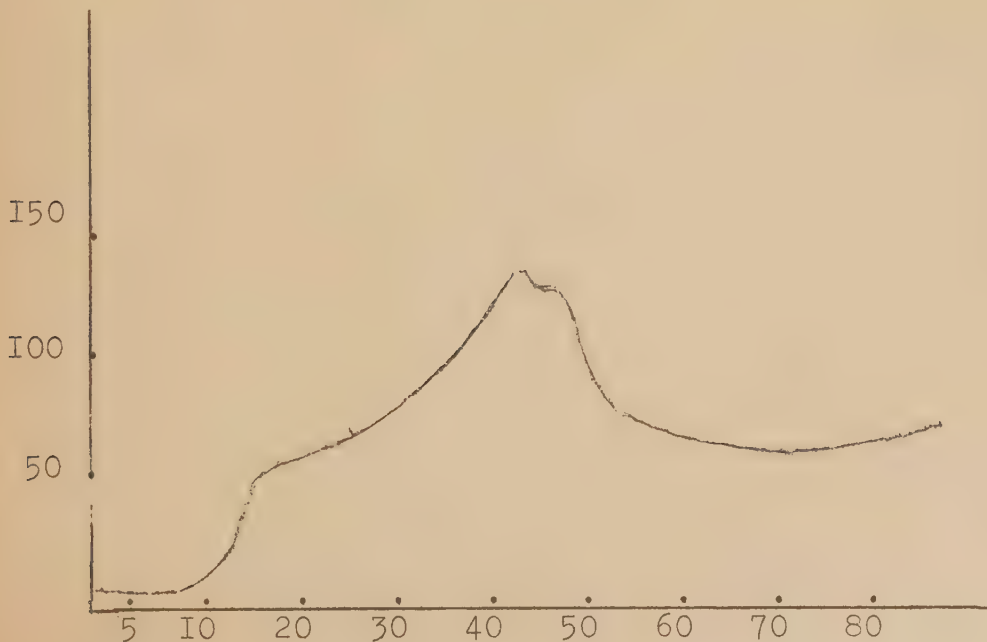
En résumé deux grandes périodes d'intensification :

entre 5 et 20 ans
et entre 30 et 40 ans

Le graphique des réactions tuberculiniques correspond à des oscillations ascendantes ou descendantes et non à une courbe régulière :



Ce graphique est comparable à celui de la mortalité par tuberculose pulmonaire chez l'homme en 1950 :



CANETTI et LACAZE ont réparti les causes des deux grandes phases d'allergie chez l'homme en trois groupes :

1^o - La première réside dans le fait de l'âge : les êtres très jeunes (5 ans) se prêtent mal au développement de la sensibilité (M.BENDA et WECHSLER).

2^o - Un deuxième très incertain dans " l'acquisition progressive de la sensibilité non spécifique.

3^o - Le troisième serait lié à " l'intervention de surinfections ou de réinfections latentes que l'homme subit au cours de son existence".

La raréfaction des périodes de surinfection expliquerait chez le vieillard l'affaiblissement de la réactivité tuberculinique.

- Autres facteurs de l'évolution de l'allergie

1^o - L'accroissement : pouvant être dû à :

- des modifications de l'état constitutionnel du sujet.
- des réinfections exogènes.

2^o - L'effacement : comprenant :

- des porteurs latents,
- des désensibilisations spontanées,
- les absences de réinfections.

3^o - Les pertes momentanées de l'allergie :

- les maladies anergisantes,
- les éclipses " sine materia ".

4° - Les phénomènes de reviviscence :

- une intradermo-réaction négative peut se positiver.
- une nouvelle intradermo-réaction peut raviver une ancienne intradermo-réaction qui était négative.

M. BENDA et ORINSTEIN ont étudié l'aspect sérique de l'immunité dans la tuberculose.

" Le sérum de certains sujets vierges de toute infection tuberculeuse est doué d'une action empêchant le développement du bacille de Koch."

Les modifications du granulogramme avec l'âge des enfants précèdent à plus ou plus longue échéance l'établissement de la primo-infection.

De nombreux travaux ont montré que l'extinction de l'allergie chez l'homme n'est pas exceptionnelle. ANLUILLE, SAENZ et CANETTI ont déduit de leurs observations trois ordres de faits :

1° - Les premiers portent sur l'absence de réaction chez des sujets ayant toujours eu des réactions négatives.

Ceux-ci ne sont porteurs d'aucun signe de maladie anergisante (réactions faites avec une tuberculine diluée jusqu'à un milligramme).

2° - Un deuxième groupe comprend des porteurs de calcifications pulmonaires radiologiques et ayant des réactions tuberculiniques négatives.

Mais ces deux cas sont moins démonstratifs, car les calcifications peuvent avoir une origine autre que la tuberculose.

3^o - Le troisième groupe montre l'accroissement des réactions négatives à partir de la soixantaine.

Le taux des réactions négatives oscille entre :

2 à 3 % vers 40 ans

7 à 23 % après 60 ans.

LONG a mis en évidence l'extinction de l'allergie plus fréquente :

- d'une part si les réactions antérieures ont été plus faibles.

- d'autre part dans les milieux sains (plus qu'en milieux contaminés).

Cet auteur a relevé 276 cas d'extinction sur 2.490 sujets positifs soit 11 %.

AMEUILLE et CANETTI supposent " que la disparition de la sensibilité tuberculinique est due à la stérilisation des lésions **latentes** ".

Mais il est vraisemblable que d'autres causes interviennent, non nécessairement liées à l'évolution bactériologique des lésions latentes :

1^o - - des causes physico-chimiques :

- variations du milieu intervenu sous l'influence de lésions intercurrentes.

2^o - - des causes histologiques :

- évolution de l'allergie avec le cancer,
- évolution de l'allergie avec la maladie de
BESNIER-BOECK-SCHAUMANN.

La réapparition de l'allergie peut se produire après un laps de temps indéterminé. Elle semble sous la dépen-

dance d'une réinfection occulte ou clinique. Les réveils comportent, le plus souvent, une période " ante-allergique " écourtée.

Une cuti-réaction négative et une intradermo-réaction négative ne prouvent pas qu'il n'y a pas d'infection tuberculeuse.

En effet il existe de nombreuses exceptions:

1^o - une phase pré-allergique prolongée :

- érythème noueux (jusqu'à 7 mois)

2^o - une phase d'anergie transitoire ,

3^o - une phase terminale d'un processus évolutif,

4^o - la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN qui serait pour certains auteurs une maladie anergisante pour les épreuves à la tuberculine.

Phase pré-allergique

Cette phase est comprise entre le moment où le bacille de Koch entre dans l'organisme pour la première fois et celui où l'allergie tuberculinique s'installe.

Cette période est très variable (20 à 60 jours pour MASCHER et DEBRE) , 3 à 10 semaines en moyenne.

CALMETTE et GUERIN (1928) étudiant l'allergie tuberculinique chez les bovidés infectés par une faible dose de bacilles de Koch et soustraits à la réinfection ont constaté l'extinction progressive des réactions tuberculiniques.

M. FOURESTIER (1954) envisage une nouvelle théorie pour expliquer ces anergies secondaires : celle de l'immunisation spontanée .

Elle s'appuie sur les travaux de BOQUET , RICH et BIRKAUG qui ont rendu anergique des cobayes avec des doses répétées de tuberculine ou de B.C.G. . Ces cobayes sont plus résistants que des animaux allergiques de la même espèce.

Un autre argument vient appuyer cette nouvelle conception : c'est la méthode de " vaccination concomittante " des Brésiliens (DE ASSIS, SILVEIRA, ROSENBERG, SAYE).

Elle consiste en ingestion de doses importantes répétées tous les mois pendant un an de B.C.G. : pour désensibiliser les adultes et les adolescents allergiques et pour rendre allergiques puis anergiques les nouveaux-nés.

B. C. G.

Des statistiques faites au dispensaire anti-tuberculeux de l'Hôpital BEAUJON et au dispensaire municipal de LEVALLOIS (Dr BENDA et Melle LOTTE - Laennec) ont permis de tirer les conclusions suivantes sur l'allergie consécutive au B.C.G.

La vérification de cette allergie était faite par des cuti- réactions effectuées à partir du 25 ème jour après la vaccination.

Sur 608 cas , la vaccination a été suivie au bout de 25 à 30 jours de 576 virages , soit 95 % des cas.

Plusieurs facteurs ont été mis en cause pour la non positivation des réactions tuberculiniques :

- les facteurs sexe et famille ne semblent avoir qu'un intérêt infime.

- par contre le facteur âge est très important comme le montre le tableau suivant :

de 0 à 1 an : 5 cas sur 86 vaccinés , soit	5,8 % des cas
de 0 à 5 ans : 7 cas sur 168 " "	4,1 % "
de 5 à 10 ans : 4 cas sur 141 " "	2 % "
de 10 à 15 ans : 3 cas sur 99 " "	3 % "
de 15 à 20 ans : 13 cas sur 114 " "	11,4 % "

Sur 107 cas : 55 fois la disparition de l'allergie a été notée dans un délai de 8 mois à 4 ans.

Une deuxième vaccination a produit un virage identique au premier.

Plusieurs hypothèses ont été émises pour expliquer l'absence de virage de la cuti-réaction:

1° - la longueur insuffisante de la scarification 18 puis 24 mm.

2° - la mise en circulation au moment de la puberté d'hormones sexuelles.

3° - le rapport hypothétique entre la difficulté d'obtenir le virage et la tendance évolutive de la tuberculose.

4° - la réserve d'anti-corps que possèderaient certains adolescents non encore vaccinés, réserve qui s'opposerait à l'établissement de l'allergie pendant une période plus ou moins longue (Dr BENDA).

La seule tuberculose typique reconnue est celle attestée par la présence de bacilles de Koch dans les produits excrétés et les fragments de tissus prélevés par biopsie (culture, inoculation) , par la positivation des réactions tuberculiniques, par les altérations

histologiques classiques, par une modification du granulogramme et de la vitesse de sédimentation.

La tuberculose atypique englobe les manifestations pathologiques rattachées à la tuberculose en vertu d'arguments épidémiologiques, cliniques et radiologiques, en dépit de l'absence ou de la pauvreté des critères fondamentaux.

- Diagnostic positif -

La définition de la tuberculose sans allergie a été décrite par M. CANETTI :

C'est un syndrome réalisé par des sujets atteints de lésions tuberculeuses radiologiquement et bactériologiquement confirmées et insensibles ou peu sensibles à l'intradermo-réaction de MANTOUX au 1/1000^e.

Déjà en 1934 de LEOBARDY rapportait à la Société de la tuberculose certains cas de tuberculose caractérisée par des virages radiologiques importants contrastant avec l'absence de signes fonctionnels et qu'il avait comparé aux miliaires froides de BURNAND et SAYE.

de LEOBARDY a publié dans le Journal de Médecine de LYON de nombreux cas de tuberculose anergique. Ce sont toujours des affections bilatérales : macro-nodules disséminés, non excavés, bacillifères, peu ou pas modifiés par la streptomycine, d'évolution assez favorable, avec poussées évolutives exceptionnelles.

La tuberculose sans allergie est une atteinte tuberculeuse caractérisée par :

- A - des images radiologiques le plus souvent importantes et bilatérales,
- B - une bacilloscopie positive ou non ;
- C - une évolution lente qui a suscité la comparaison suivante à M. CANETTI :

" Une sorte de lèpre pulmonaire qui, pendant longtemps ne gêne pas l'individu ".

- D - une sensibilité nulle ou très faible à la tuberculine.

Cette affection est très imprécise dans ses débuts.

Ce sont des ombres pulmonaires importantes qui le plus souvent au cours d'un examen systématique attirent l'attention.

Les signes fonctionnels, en effet , sont la plupart du temps très peu marqués , ils ne sont reconnus souvent qu'à l'interrogatoire insistant.

La tuberculose atypique pulmonaire anergisante peut se diviser en de nombreuses formes cliniques :

BURNAND en considère trois :

- a) - Certaines formes de bronchites chroniques avec emphysème et asthme.

La bronchoscopie étant un excellent élément diagnostique.

Souvent l'emphysème atrophique constaté n'est que la séquelle d'une granulie froide ou tiède ayant évolué plusieurs années auparavant.

b) - L'inflammation " allergique " :

Constituée par des infiltrats labiles dont le prototype est l'építuberculose, des infiltrats fugaces du type Loeffler.

c) - Les exsudats allergiques :

L'existence en un point de l'organisme d'un foyer tuberculeux torpide peut donner naissance à des exsudats pleuraux, péritonéaux, pericardiques, synoviaux, méningés.

Au point de vue radiologique on rencontre trois catégories d'images :

- des images miliaires,
- des images mono-nodulaires,
- de larges plages de condensation bilatérale peu denses et prédominant au sommet.

Les signes anatomo-pathologiques sont également différents de ceux de la tuberculose typique ; de la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN, de la silicose, de la maladie d'HODGKIN.

I^o - L'anatomie pathologique de la tuberculose typique est caractérisée :

a - par la réaction folliculaire formée de cellules épithélioïdes et de cellules géantes.

Les cellules épithélioïdes par fusion ou division se groupent en " follicules de Koester " avec le caséum et les cellules géantes au centre. Autour de ces follicules on trouve une couronne de lymphocytes.

b - par la sclérose.

c - par les cavernes qui résultent de l'expulsion du caséum.

Ces lésions sont associées à des alvéolites inflammatoires parenchymateuses de vascularites.

2° - L'anatomie pathologique de la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN est essentiellement caractérisée par des nodules isolés ou agglomérés constitués par des nappes de cellules épithélioïdes accompagnées de cellules géantes en nombre très variable.

3° - L'anatomie pathologique de la silicose est caractérisée par une alvéolite accompagnée de gros nodules centrés autour de grosses fibres conjonctives hyalines et entourés de fibroblastes.

4° - L'anatomie pathologique de la maladie d'HODGKIN : la ponction ganglionnaire met en évidence dans les travées du tissu conjonctif des cellules géantes de STEINBERG.

5° - L'anatomie pathologique de la tuberculose larvée caractérisée par la variété des signes, la présence inconstante de follicules tuberculeux, mais constante de nodules ayant peu tendance à s'excaver.

La pauvreté des documents anatomiques s'explique aisément par la bénignité habituelle des tuberculoses biologiquement dégradées.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic de tuberculose anergique est parfois difficile il ne se discute que sur des processus cliniques.

De nombreuses hypothèses sont envisagées :

- Celle de la maladie d'HODGKIN -1950- ROTTINO et HOFFMANN dans des observations récentes de HODGKIN pulmonaire ont montré que sur 57 malades atteints d'HODGKIN : 47 avaient des réactions tuberculiniques négatives.

Cependant Jean BERNARD et ITELSON ont constaté la réapparition de la positivité de ces réactions après ablation de ganglion hodgkinien ou après traitement de cette affection.

- Celle de fièvres endocrinienne, thyroïdienne, ovarienne, surrénalienne (celles-ci sont surtout fréquentes chez les femmes).

- Celle de la maladie de BANG.

- Celle de la grossesse.

- L'anergie médicamenteuse.

- Celle de la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN.

Cette dernière affection étant la plus importante et la plus souvent évoquée devant une tuberculose atypique, un paragraphe lui est consacré.

La maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN

Elle fut décrite pour la première fois par BESNIER (1889) puis successivement par BOECK (1905) , SCHAUMANN (1914), KUSWITZKY, BITTORI, MARTENSTLIN, KISSEMEYER, JENS , NIELSEN.

Mais ce fut PAUTRIER qui la divulga.

Frappant les deux sexes avec une égale fréquence à tout âge, elle touche électivement certains organes. De nombreux auteurs estiment que pour affirmer la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN il faut réunir les signes suivants :

- 1^o - des manifestations médiastino-pulmonaires :
silencieuses dans 35 % des cas, accompagnées souvent de fièvre, d'asthénie, de dyspnée, de toux, d'une hypertrophie ganglionnaire.
- 2^o - des lésions cutanées, qui avec les précédentes permettent de déceler le plus fréquemment la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN.
- 3^o - une atteinte des organes lymphoïdes et hématopoïétiques (d'où intérêt de la ponction du foie).
- 4^o - des localisations osseuses et articulaires : 15 % des cas.
- 5^o - des localisations muqueuses et oculaires.
- 6^o - une atteinte du système nerveux :
(nerf facial et syndrome méningé : fréquents)

- l'absence de bacilles de Koch dans l'expectoration ,
- une cuti-réaction et une intradermo-réaction, réaction négative. (Cependant 20 à 40 % des maladies de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN ont une réaction tuberculinique positive (TURIAF).
- une éosinophilie et une monocytose sanguine.
- une hyperprotidémie.
- une hypercalcémie.
- l'identification des granulomes sarcoïdiques par la ponction biopsie médullaire.
- la réaction de KWEIM à peu près spécifique:

Elle consiste à pratiquer une intra-dermo-réaction à 10 % de broyat chauffé de ganglions sarcoïdiques dans du sérum physiologique salé.

La réponse positive est tardive. La papule dure plusieurs mois; cette réaction est une preuve infidèle.

Tous ces renseignements : cliniques, bactériologiques et radiologiques ne permettent pas cependant, de trancher de façon décisive entre le diagnostic de maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN et celui de tuberculose atypique.

C'est pourquoi certains auteurs comme le Dr TURIAF attirent l'attention sur l'intérêt d'une bronchoscopie et plus encore d'une broncho-biopsie.

La bronchoscopie ne révèle pas de signes pathognomoniques.

Mais la broncho-biopsie exécutée sur une zone d'inflammation même légère a permis d'affirmer histologiquement la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN:

Ce sont des lésions de réticulose nodulaire épithéloïde dans lesquelles la présence de cellules géantes n'a pas toujours été trouvée et moins fréquemment des lésions exsudatives et pneumococciniques : CANETTI et AMEUILLE.

Les PNEUMOCONIOSES

A - La plus fréquente est la silicose dont l'agent responsable est le bioxyde de silicium.

La symptomatologie de cette affection est assez fruste et deux éléments importants permettent de faire le diagnostic :

- la notion travail,
- les signes radiologiques que l'on peut classer en trois périodes :
 - a) - le stade de fibrose péribronchique où les travées fibreuses suivant le dessin de la trame donnent une image réticulée.
 - b) - le stade de nodules macroscopiques où de gros nodules ronds sont dispersés dans les deux champs pulmonaires.
 - c) - le stade pseudo-tumoral :

Dans les deux champs se trouvent des ombres très denses, très étendues, mais non creusées, contrastant avec le parenchyme intercalaire emphysémateux.

L'absence de B.K. dans l'expectoration n'affirme ni n'infirme la silicose car cette dernière est souvent intriquée avec la tuberculose.

Les images radiologiques sont alors plus hybrides et les signes fonctionnels évocateurs de l'une ou de l'autre affection.

B - Pneumoconiose due aux silicates, intérêt de la notion travail.

C - Anthracose et anthraco-silicose ,

D - Abestose ou amiantose ,

E - La Berylose,

F - La Schistose,

G - Les pneumo-sidéroses,

H - Les pneumoconioses par poussières organiques.

Observation I

M. L... , 49 ans est vu en 1949 à l'occasion d'un examen systématique.

Il se plaint d'une toux constante et d'une légère fatigue inhabituelle. La température varie autour de 38°.

Le malade est atteint d'une dyspnée discrète.

On note dans ses antécédents :

En 1946 : un épisode pulmonaire apical droit d'origine tuberculeuse, des B.K. ayant été trouvés une fois dans l'expectoration.

Il a été traité par le repos.

A la même époque : il a été soigné pour une fistule anale.

L'examen radioscopique révèle :

- Une opacité étendue partant du lobe droit où elle donne l'aspect d'une adénopathie. Elle se continue dans le parenchyme sous forme d'une plage homogène sans rapport d'intensité ou de texture avec une zone apicale droite d'opacité, vestige probable de l'évolution tuberculeuse abortive de 1946.

- Les tomographies et particulièrement les coupes à 11 cm témoignent d'une très grosse adénopathie multilobée du hile droit.

- L'auscultation au niveau de cette image pathologique permet d'entendre de gros râles dont le maximum siège dans la région interscapulo-vertébrale droite.

- Les numérations globulaires donnent les résultats :

27 Octobre 1949 :

Globules rouges	4.000.000
" blancs.....	15.800
Polynucléaires neutrophiles	79 %
" éosinophiles	2
grands lymphocytes	9
moyens "	5
monocytes	5

5 Novembre 1949 :

Hémoglobine	85
Globules rouges.....	3.780.000
" blancs	12.600
Polynucléaires neutrophiles	74 %
" éosinophiles	0
Grands lymphocytes	10
petits monocytes	9
monocytes	7

- <u>Granulogrammes :</u>	{ G.N.....	15
	{ G ±	75
	{ G +	10

3 Novembre 1949 : La ponction sternale donne le myélogramme :

Polynucléaires neutrophiles	20
" éosinophiles	10
grands lymphocytes	2
petits "	2
monocytes	2
myélocytes neutrophiles	22
" éosinophiles	11
métamyélocytes	14
cellules souches	6
plasmocytes	7
érythroblastes.....	25 %
monoblastes	33 "

plusieurs mégacaryocytes sur la lame.

La bronchoscopie permet de voir en regard des intrinsecences ganglionnaires, une érosion plate au niveau de laquelle on prélève des sécrétions.

L'examen de ces sécrétions, ainsi que celui des liquides de tubage est négatif ; pas de B.K.

Les réactions sérologiques sont toutes négatives.

Toutes les cuti-réactions et les intra-dermo-réactions sont restées négatives.

L'examen clinique de tous les appareils sauf l'appareil pulmonaire et ganglionnaire est entièrement négatif.

Actuellement , M. L... a pu reprendre ses occupations ; son état général est excellent.

La cuti et l'intra-dermo-réaction (50 U.I. P. 48) sont toujours négatives.

ooo

Observation II

M.S.... , âgé de 56 ans.

En Avril 1953 , il se plaint d'asthénie croissante et bientôt suivie d'un épisode pseudo-grippal aigu avec :

- point de côté de la base droite,
- fièvre à 40° ,
- sueurs abondantes.

Un rapide traitement à la Pénicilline fait disparaître tout symptôme.

Le malade se repose 15 jours chez lui sans traitement.

Vers la fin avril 1953, soit quinze jours après le début de l'affection, on pratique une radiographie:

17 avril 1953 : celle-ci montre un envahissement nodulaire des deux champs pulmonaires respectant cependant la base gauche.

Son médecin traitant institue le traitement suivant :

- Streptomycine ... (un gramme tous les deux jours pendant deux) mois : mai - juin 1953.
- Rimifon { cinq comprimés par jour : mai - juin 1953.

D'autres examens sont pratiqués :

Vitesse de sédimentation 12 - 34 - 55 - 95 le 24 avril 1953.

Bacilloscopie : négative à l'examen direct { 27 avril 1953
" à l'homogénéisation }

Nouvelles séries de <u>radiographies</u>	(qui montrent sensiblement
" " <u>tomographies</u>	) la même image que le 17 avril
	(1953.
26 mai 1953	)
25 juin "	)
23 juil."	(

Le malade va se reposer un mois et demi à la campagne sans traitement.

Il rentre à Paris en septembre.

Un nouveau bilan est fait:

Radiographie (24 septembre 1953) :

Pas de modification de l'état pulmonaire avec cependant une légère extension à la base gauche.

Vitesse de sédimentation (25 juin 1953) :

17 - 35 - 58 - 80.

Le malade continue à se reposer sans traitement jusqu'en Décembre 1953.

Il décide de reprendre son travail et est adressé pour expertise au Dr BENDA.

Plusieurs examens sont pratiqués le 14 janvier 1953 :

<u>Bacilloscopies</u>	{	9 octobre 1953	{	sont négatives
	{	5 novembre "	{	
	{	16 " "	{	
	{	6 janvier 1954	{	

Radiographie : pas de modification des images radiologiques

Cuti-réaction : négative.

Bronchoscopie : (Dr FRANCHEL) :

Des deux côtés les muqueuses sont rouges avant traumatisme. Cette rougeur s'accroît après passage du tube. Tous les éperons sont élargis et tuméfiés.

Muqueuse mobile, très peu de sécrétions.

Biopsie d'un éperon (à droite) ÷ - Dr ORSEL - :

Fragment de paroi bronchique, provient vraisemblablement d'un éperon (il comprend un important débris cartilagineux).

La muqueuse qui le recouvre présente un chorion scléreux et j'ai noté, en zone très disloquée de la périphérie : deux groupements cellulaires d'allure épithéloïde centrée par des cellules géantes, type Langhans.

Ces éléments sont évidemment en faveur de la tuberculose mais étant donné la dislocation des fragments toujours constatée en périphérie d'un prélèvement et qui gêne l'interprétation, on doit rester un peu prudent dans l'affirmation de ce diagnostic sur ce document unique.

Aucun signe histologique de malignité sur la coupe examinée.

Formule sanguine :

Hémoglobine	90 %
globules rouges	3.980.000
" blancs.....	9.600
polynucléaires neutrophiles	72 %
lymphocytes	21
moyens " 	7

Le malade est hospitalisé à l'Hôpital Beaujon.

A son entrée :

Malade, en bon état général, floride (il a grossi de 13 Kgs depuis avril 1953).

- toux persistante ,
- pas d'expectoration,
- pas d'asthénie,
- pas d'anorexie,
- pas de sueurs nocturnes.

Coeur : Arythmie

T.A. : 13 - 8.

Poumons : percussion {
 auscultation { rien à signaler d'anormal

Cuti : (3.2.54) : négative.

Intradermoréaction : (6.2.54) à (50 U.I.P. 48): négative.

B.W. : négatif

Urée : 60 %

Fond d'oeil (14.1.54) : Sclérose vasculaire banale sans lésions rétinienne.

Radiographie : Aucune modification des images.

Un traitement d'antibiotique (streptomycine, P.A.S. intra-veineux , I.N.H. per os) est institué , il ne modifie pas les images radiologiques.

ooo

Ob ervation III (de DE LEOBARDY)

Mme P.... , 39 ans, mariée, mère de trois enfants.

Histoire de la maladie :

1930 : malade fatiguée, lésions bilatérales en plage d'ombres de condensation non homogène. Présence d'assez nombreux bacilles de Koch dans les crachats.

- Huit mois à HAUTEVILLE.
- Très améliorée, se marie.
- Cuti-réaction et intradermo-réaction : négatives.

1943 : reprise de l'évolution :

- expectoration de nouveau bacillifère,
- état général amélioré par quelques mois de repos.
- cuti-réaction et intradermo-réaction : négatives.

Bien que n'ayant pas de trouble fonctionnel ni d'expectoration abondante, cette malade semble avoir contaminé son mari ; chez lui ; il a fallu à l'un et à l'autre un pneumothorax.

o o o

Observation IV (de DE LEOBARDY)

M. B... , 53 ans.

Histoire de la maladie :

Décembre 1936 : pleurésie vérifiée par ponction.

1937 :
- évolution pulmonaire,
- B.K. dans les crachats,
- image en larges plages de condensation non homogène prédominant à droite.

Ce malade est soigné par :

- calcium	}	jusqu'en 1948
- sels d'or		

Observation VI (de DE LEOBARDY)

Mme D... , 22 ans, cultivatrice.

Accouchée depuis trois semaines fait de la fièvre.

On croit à une infection puerpérale, mais l'appareil utérin est normal. En raison des antécédents familiaux bacillaires, on admet la malade à l'Hôpital où on pratique plusieurs radiographies.

Radiographies :

Les deux poumons sont envahis par de vastes plages de condensation peu dense, sans ulcération.

- expectoration minime, légèrement muco-purulente,
- présente des bacilles de Koch dans les crachats,
- cuti-réaction et intradermo-réaction 1/100^e :
négatives.

Le traitement à la streptomycine modifie assez notablement les images.

Elle reprend sa vie de cultivatrice.

o o o

Observation VII

M. Osm... 32 ans, transplanté depuis 4 ans d'un pays du Moyen-Orient et travaillant intensément pour se créer une situation de représentant.

En 1951, se sentant asthénique il consulte un de ses parents radiologistes. Une radiographie permet de découvrir, à gauche, un réseau à larges mailles, avec probablement une intrumescence du hile correspondant.

On pense à une primo-infection.

On conseille le repos qui n'est pas observé.

La cuti-réaction est cependant négative.

La possibilité de se trouver dans une période anté-allergique, l'indocilité du sujet, l'irrégularité du sujet font qu'on n'attache pas une importance excessive à la cuti-réaction et que l'on prophétise le pire dans l'ordre de l'évolution phtisiogène.

Cependant l'aspect du sujet est toujours floride, toutefois les clichés révèlent l'extension de l'image.

L'apparition d'un petit nodule controlatéral fait consentir M. Osm... aux explorations complémentaires.

Le malade est à ce moment gros, gras, apyrétique, non asthénique.

Pas d'anomalies des ganglions périphériques, du foie, de la rate, du tube digestif, des reins ou du système nerveux.

Les réactions tuberculiniques sont négatives: cuti et intradermo-réaction à 50 U.I.P. 48.

Le B.C.G. test n'a donné qu'une rougeur discrète sans élevation.

Exploration hématologique :

Hémoglobine	90
Globules rouges.....	4.020.000
" blancs	6.800
polynucléaires neutrophiles	77
" éosinophiles	3
lymphocytes	16
monocytes	2
plasmocytes	2

Vitesse de sédimentation :

4 - 10 - 52

<u>Granulogramme</u>	(G.N.....	14
	) G =	75
	(G -	11

Hept.globine 0,50

Vernes-résorcine 4

Ponction sternale :

Polynucléaires neutrophiles	17
" éosinophiles.....	3
grands lymphocytes.....	0
petits "	3
monocytes	2
myélocytes neutrophiles	26
" éosinophiles	4
métamyélocytes	41
cellules souches	4
plasmocytes	3
érythroblastes	46
normoblastes ..	12

(Moëlle riche, grosse réaction érythroblastique avec quelques mitoses).

Une bronchoscopie a donné les résultats suivants :

Trachée et éperons normaux, bronches droites, muqueuses et orifices normaux (les bronches gauches n'ont pas pu être explorées, étant donné l'agitation du malade). Quelques cellules bronchiques et amas de germes.

Signalons :

- le taux normal des phosphatases acides 2 U.P.
- l'hypersérinémie (protides totaux..... 89
) sérine 63
 (globuline 26
) rapport..... 2,4
- la négativité de la sérologie syphilitique,
- la résistance globulaire sub-normale;
 - { hémolyse initiale ... 3,4
 - hémolyse franche 3
 - { hémolyse totale 2,6
- l'intégrité des membranes de l'oeil et du rhino-pharynx,
- l'intégrité du squelette exploré complètement.

Un essai de traitement par l'isomazide à la dose de 7 comprimés par jour, prolongé pendant 8 semaines n'a eu aucun effet sur les images pulmonaires ni sur les réactions tuberculiniques.

o o o

Observation VIII

M. C..... , 29 ans, mécanicien.

En septembre 1950 , le malade fait une hémoptysie importante durant 3 jours.

Une radiographie pratiquée à cette époque aurait été suspecte.

La bacilloscopie est négative.

On institue un traitement de streptomycine : 60 grammes et on envoie le malade se reposer 3 mois à la campagne.

En janvier 1951 le malade reprend son travail à mi-temps jusqu'en juin 1952.

En juin 1952 : découverte d'une lésion pulmonaire anormale à la radiographie.

Arrêt de travail de quatre mois.

Nouvelle cure de streptomycine de 60 grammes, associée au P.A.S. per os.

En octobre 1952 : le malade reprend son travail à plein temps jusqu'au 1er décembre 1953.

En décembre 1953 : Au cours d'un examen systématique : découverte à la radiographie d'une zone d'infiltration para-hilairo droite et d'une infiltration très étendue avec excavation possible à gauche.

On ordonne un nouvel arrêt de travail et un repos d'un mois.

En janvier 1954 , le malade est suivi à l'Hôpital d'Arpajon où on pratique :

- 3 tubages gastriques qui ne permettent pas de mettre en évidence des bacilles de Koch.

- une intradermo-réaction à 3 U.

et une à 50 U.

toutes deux sont négatives.

On institue le traitement suivant :

- streptomycine 30 grammes
- P.A.S..... 30 flacons I.V.

qui est continué en février par un traitement d'entretien de :

- 8 comprimés d' I.N.H. et de
- 3 comprimés de Dialès.

Les images radiologiques s'améliorent.

13 mai 1954 : Les images radiologiques pulmonaires sont sensiblement normales.

- Un examen O.R.L. est pratiqué qui ne montre rien d'anormal.
- La vitesse de sédimentation est de : 5 - 15 - 70.
- La bronchoscopie est impossible car le malade est indocile.
- Les réactions tuberculiniques sont négatives.

- L'état général du malade est satisfaisant.

O

O

O

C O N C L U S I O N S

I - Le terme de " TUBERCULOSE BIOLOGIQUEMENT DÉGRADÉE " répond à une forme de la maladie habituellement caractérisée par des localisations uni ou bilatérales discrètes plus ou moins étendues , bacillifères ou non mais essentiellement caractérisées par des réactions tuberculiniques négatives.

Ces formes de tuberculose avaient été logiquement supposées par CANETTI , mais déjà décrites par de LEOBARDY dans les aspects bilatéraux sous le nom de tuberculose anergisante.

Envisagée dans son ensemble, l'évolution de cette forme est lente , avec parfois des épisodes évolutifs , avec émission de bacilles de Koch , qui réagissent aux antibiotiques.

Nous apportons la description d'un certain nombre de cas dans lesquels la " dégradation biologique " est poussée à l'extrême puisque les bacilles eux-mêmes n'ont pu être retrouvés qu'exceptionnellement.

Leur identification peut être faite cependant par leur évolution, leur réaction aux antibiotiques , l'émission rare de bacilles de KOCH.

II - Le diagnostic différentiel avec la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN peut être discuté , surtout dans les formes pulmonaires, d'autant plus que pour certains auteurs il pourrait exister une parenté entre les deux maladies.

Le diagnostic peut être posé avec différentes affections chroniques du poumon et la négativité des réactions tuberculiniques ne fait qu'augmenter les difficultés.

Le grand problème est celui de la maladie de BESNIER-BOECK-SCHAUMANN , problème clinique et doctrinal.

III - Les huit observations citées prouvent la réalité de la forme de " TUBERCULOSE BIOLOGIQUEMENT DÉGRADÉE " et confirme sa bénignité habituelle.

0

0

0

B I B L I O G R A P H I E

- J. de LEOBARDY - La tuberculose sans allergie.
Revue de la Tuberculose , II.4.48 - I2 - N°s 5 & 6.
- CANETTI - L'allergie tuberculeuse chez l'homme.
Paris, 1946 - Edition Flammarion.
- J. et H. de LEOBARDY - Tuberculose sans allergie.
Journal de Médecine de Lyon, 20.I2.49, 969 - 974.
- TURIAF , MARLAND, ROSE et SORS - Le diagnostic bronchoscopique et
bronchobiopsique des formes pulmonaires de la sarcoï-
dose de Besnier-Boeck-Schaumann.
Bulletin et Mémoires de la Société Médicale des Hôpi-
taux de Paris , 1952 - N°s 30 - 31; IO98 III5.
- Pneumopathies chroniques avec énergie tuberculinique et réaction d'ir-
ritation de la moëlle osseuse.
Bulletin et Mémoires de la Société médicale des Hôpi-
taux de Paris N°s II - I2, 1953 p. 320.
- BENDA et WECHSLER - Vaccination B.C.G. et réponses tuberculiniques.
Bulletin du B.C.G. - Mars 1952.
- BENDA et WOCHSLER - 4 années de pratique de vaccination B.C.G.
Revue de la Tuberculose, Tome I5 - N° I2 - 1951.
- BENDA et ORINSTEIN - Aspect sérique de l'immunité dans la tuberculose.
Revue de la Tuberculose - Tome I6 , N° IO-II, 1952.
- J. TURIAL - Les déterminations ganglio-médiastinales et pulmonaires
de la sarcoïdose de Besnier-Boeck-Schaumann.
Revue du Praticien N° 5 du II.2.53.
- MANNIE PANISSET - Antigène du Bacille tuberculeux et spécificité.
L'union médicale du Canada , Tome 8I - sept.52.
- FOURESTIER , BLACQUE, BELAIR - Les " énergies cutanées tuberculini-
ques " et l'immunité dans l'infection tuberculeuse.
- BENDA et ORINSTEIN - Terrain tuberculeux et principe antibacillaire
du sérum.
Acta Phtisiologica - juillet 1952.

÷÷÷÷÷÷÷÷÷÷

÷

VU & PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

Jean SARRAILH.

VU :

Le Doyen de la Faculté
de Médecine de Paris,

Léon BINET.

VU :

Le Président de Thèse,

M. BARIETY.

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate,

Je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême :

d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine,

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail; je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine, dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leur père.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque.

